

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

509

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri SORIN

Né à Sainte-Florence (Vendée), le 15 juin 1902
Externe des Hôpitaux de Nantes
Interne des Hôpitaux d'Orléans
Interne des Hôpitaux d'Oran

De l'utilisation du Sphincter anal comme Sphincter vésical

DANS UN CAS DE

fistules simultanées uréthro-vésico-vaginale
et recto-vaginale

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri SORIN

Né à Sainte-Florence (Vendée), le 15 juin 1902
Externe des Hôpitaux de Nantes
Interne des Hôpitaux d'Orléans
Interne des Hôpitaux d'Oran



De l'utilisation du Sphincter anal comme Sphincter vésical

DANS UN CAS DE
fistules simultanées uréthro-vésico-vaginale
et recto-vaginale

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue RACINE, 15

1930

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHIERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	{ CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	{ DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	{ COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILÉAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire.	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 BINET Physiologie.
 AUBERTIN. . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) Pathologie médicale.
 BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
 BROCC . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DÔGNON. . . Physique.
 DONZÉLOT . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER . . Pathologie expérimentale
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.
 JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . Anatomie pathologique.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MERCIER (F.) Pharmacologie.
 MILLOT. . . . Histologie.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU. . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING. . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHTER. . . Physiologie.
 SÉZARY . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUÉNIOT. Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.
 RETTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physiologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI. . . .	Clinique médicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.
DEBRÉ. . . .	Clinique médicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.
FIESSINGER. .	Clinique médicale
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique méd.
LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY. . . .	Clinique chirurgicale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.

MM.

CHEVASSU. . .	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.
MATHIEU. . .	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT. . .	Clinique chirurgicale.
PROUST. . . .	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ. . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . .	Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL. .	Clinique obstétricale.
METZGER. . . .	Clinique obstétricale.

V — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUGLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Education physique
LEDoux-LEBARD.		Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

IN MEMORIAM

A MON PÈRE

*En souvenir de sa bonté dont il
entoura notre première enfance.*

A MON ONCLE AIMÉ SORIN

*Dont la vie n'a été dirigée que
par un unique but : notre bonheur,
et qui fut pour nous un père.*

A MA CHÈRE MÈRE

*Dont l'unique pensée est notre
bonheur.*

*En bien faible témoignage de notre
profonde affection nous lui dédions
tout ce travail qui consacre son rêve.*

A MA SŒUR BIEN-AIMÉE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

Chevalier de la Légion d'honneur

*Pour le grand honneur qu'il nous
fait en acceptant la présidence de
notre thèse. Nous le prions d'agréer
l'expression de notre respectueuse
gratitude.*

A MES PREMIERS MAITRES

LES FRÈRES DE L'INSTITUTION SAINT-GABRIEL

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE NANTES

A MES MAITRES DE L'HOPITAL D'ORLEANS

A MES MAITRES DE L'HOPITAL D'ORAN

*Qui durant nos études et nos
années d'Internat surent nous
faire profiter de leur longue
expérience des malades et nous
guidèrent dans l'étude de la chi-
rurgie ; nous leur adressons l'ex-
pression de notre reconnaissance*

De l'utilisation du Sphincter anal comme Sphincter vésical

DANS UN CAS DE
fistules simultanées uréthro-vésico-vaginale
et recto-vaginale

INTRODUCTION

Depuis que le radium a pris place à côté de la chirurgie dans la thérapeutique utérine et en particulier dans les affections néoplasiques, ces vastes délabrements que constituent les fistules simultanées uréthro-vésico-vaginale et recto-vaginale, exceptionnels autrefois, sont apparus de nos jours plus fréquents et rarement publiés.

C'est un cas de ce genre qui fera le thème de notre thèse.

Nous tenons à remercier M. le Dr Renaud de Cas-saignes (Oranie) qui a bien voulu nous confier cette malade. A notre Maître, M. le Dr Abadie d'Oran, nous sommes heureux d'exprimer notre gratitude pour les conseils éclairés et le précieux enseignement qu'il nous prodigua dans son service pendant nos trois années d'internat. Nous n'oublierons pas

M. le médecin Commandant Péradon, auprès de qui nous trouvâmes pendant notre année d'obligation militaire un accueil inoubliable. Nous le remercions de la façon dont il nous a rendu profitables ces quelques mois, nous confiant sous son autorité les cas chirurgicaux de l'hôpital qu'il dirige.

Notre pensée n'est point de faire œuvre nouvelle, mais de relater simplement cette observation inédite en soulignant la cause récente qu'est le radium ; radium mal appliqué, ou agissant sur des lésions trop avancées ; et la nécessité de recourir à la dérivation des urines et des matières fécales pour rendre continentes ces malades et leur permettre une survie moins pénible.

Voici le plan général que nous suivrons dans notre travail :

Généralités. — Nature de ces fistules. Leurs diverses causes. Leurs mécanismes. L'anatomie pathologique de ces lésions.

Première partie. — Nous rappellerons brièvement les symptômes, la difficulté d'un diagnostic précis. Nous passerons en revue les diverses formes cliniques en considérant leur nature, leur siège, en insistant davantage sur la variété anatomique de notre observation.

Deuxième partie. — Nous verrons, après une brève étude de la limite d'opérabilité, du moment de l'intervention, les procédés proposés avec leurs avan-

tages et inconvénients et dans quels cas ils conviennent le mieux.

Troisième partie. — Nous décrirons la technique que nous avons adoptée, en soulignant les divers temps, pré, pendant et post-opératoires, et les variantes auxquelles il faut parfois recourir.

Quatrième partie. — Sera consacrée à l'observation de notre malade et aux résultats obtenus.

Cinquième partie. — Nous tirerons nos conclusions.

Bibliographie.

GÉNÉRALITÉS

L'urèthre, la vessie, l'uretère peuvent respectivement ou simultanément communiquer avec le vagin, et, par l'intermédiaire de ce dernier, avec le rectum. D'où la diversité des fistules qui peuvent être uréthro-vaginale, vésico-vaginale, urétéro-vaginale ; et celles-ci si la cloison recto-vaginale est détruite en un point peuvent devenir uro-vagino-rectales. Un vaste cloaque diverticulaire est ainsi créé et baigné par les urines mélangées aux matières.

L'étiologie de presque toutes ces fistules est la même et se résume dans la pratique courante et opératoirement en deux causes : le traumatisme et le radium.

Les fistules par traumatisme accidentel sont rares. Elles peuvent être les complications tardives de l'empalement, empalement peu fréquent chez la femme. L'âge adulte et les travailleuses des champs fournissent le plus grand nombre de victimes. C'est à l'époque de la rentrée des foin et des blés que ces accidents surviennent. Il serait trop long et fastidieux de citer tous les instruments hétéroclites qui peuvent causer ces blessures ; blessures qui n'arrivent que dans certaines conditions. D'abord il est

nécessaire que la vessie soit en état de moyenne réplétion. De plus l'objet contondant, pénétrant par l'anus doit passer par la ligne médiane pour atteindre à la fois les trois organes : rectum, vagin, vessie.

Les fistules urinaires chirurgicales et obstétricales sont moins rares que les précédentes. Parfois voulues dans les grandes extirpations utérines en cas de propagation néoplasique à la vessie, elles peuvent aussi succéder à des opérations. Elles sont dues à une blessure de la vessie au cours d'une hystérectomie vaginale, d'une cure de prolapsus (opération de Schauta-Abadie) ou d'un Wertheim élargi. Des lésions de sphacèle après ces interventions peuvent également dans les jours suivants y donner lieu. Quant à la cloison recto-vaginale, elle peut être lésée en même temps que la colonne vésico-vaginale dans l'hystérectomie vaginale, dans la cure d'un prolapsus, soit qu'il se produise une déchirure, soit qu'une pince à forcipressure longtemps laissée en place au même endroit y détermine une plaque de sphacèle. Dans le Wertheim, le rectum peut être blessé, mais en général c'est au-dessus du plancher pelvien, et la communication entre les deux réservoirs : vessie et rectum, se fera par le dôme vaginal sectionné.

Mais de toutes ces fistules, les plus communes sont celles succédant à un accouchement laborieux. La cloison uréthro-vésico-vaginale est lésée par la pression de la tête fœtale, qui appliquée contre la symphyse pubienne pendant de longues heures, pro-

voque sur les tissus situés au-devant d'elle, par la pression continue, du sphacèle, et au moment de la chute définitive de l'escarre une fistule apparaît.

Un forceps, un basiotribe peut déchirer la cloison recto-vaginale. Mais c'est surtout la rupture du périnée, qui en s'étendant à la cloison donne lieu après soudure des plans superficiels du périnée à une fistule recto-vaginale persistante au-dessus.

N'oublions pas les corps étrangers (pessaires, etc.); leurs contacts permanents peuvent donner lieu à des ulcérations plus ou moins profondes. Pollosson dans le *Lyon chirurgical* en fait mention dans plusieurs publications.

Citons pour mémoire les fistules inflammatoires consécutives aux phlegmons, à l'hématocèle suppurée, ou à une suppuration pelvienne.

Reste une cause d'apparition relativement récente, et peut-être la plus importante : le radium. Les fistules peuvent être dues à un accident : une brûlure se produit, brûlure profonde qui aboutit à l'escarre, soit que la dose soit trop élevée, soit par une seconde application. Nous disons donc qu'une escarre se produit et après sa chute laisse un ou des orifices plus ou moins grands. Dans d'autres cas, le radium bien appliqué, ou appliqué à bon escient agit sur des lésions trop avancées, et la destruction consécutive des masses néoplasiques peut entraîner suivant l'étendue et l'épaisseur de celles-ci un ensemble de fistules uréthro-vésico-recto-vaginales.

Pour nous résumer nous retiendrons deux grandes

causes : le bromisme agit comme un chlorisme et le radium.

Si les lésions sont idéiques, leur traitement et leur traitement seront bien différents, comme nous le verrons par la suite.

Nous laisserons de côté l'anatomie pathologique exposée dans tous les ouvrages classiques. Nous soulignerons simplement les lésions secondaires et associées qui constituent de véritables complications et rendent aléatoire le thérapeutique. L'excès de l'excès des lésions associées aux maladies, nous bien faire en début par le sang, fait par l'urine. Des excréments se produisent, de véritables altérations apparaissent puis se multiplient par plus et donnent lieu à des troubles. Le sang se sécrète et se retire.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

SYMPTOMATOLOGIE

Le signe qui domine est l'écoulement par le vagin des urines associées aux matières fécales. Cet écoulement continu dans les cas de destruction complète du carrefour uréthro-vésico-sphinctérien, peut être intermittent suivant le siège, les dimensions de la fistule, et les positions de la malade. Ces dernières variétés ne se rapportent guère au thème de notre thèse ; nous les signalons simplement.

Les phénomènes d'infection chronique qui peuvent enflammer le vagin et la vessie ont été étudiés au chapitre précédent et complètent le tableau clinique. A la longue, au bout d'une dizaine de mois apparaît une complication grave et presque toujours fatale, nous voulons parler de la pyélonéphrite ascendante.

CHAPITRE II

DU DIAGNOSTIC

Ce n'est pas le diagnostic de fistule qui est difficile, puisque la malade perd ses urines et ses matières par le vagin ; mais c'est l'étude de la fistule elle-même, sa description, sa visibilité. En effet, elle siège dans un vagin sclérosé, rétréci, présentant souvent des ulcérations. Le moindre toucher vaginal donne des souffrances atroces à la malade. L'examen instrumental est particulièrement laborieux et n'est souvent possible et utile qu'après anesthésie rapide au Kélène ; et lui seul permet de préciser le siège des perforations vésico-vaginale et recto-vaginale, médian ou latéral, profond ou voisin du col vésical. En outre on peut aussi apprécier les dimensions des orifices.

Un point important est de reconnaître si l'utérus existe, au point de vue du diagnostic, comme au point de vue traitement. Les fistules urinaires se divisent pratiquement en deux catégories : il y a d'abord celles qu'on observe chez les femmes dont l'utérus peut s'abaisser ou s'abaisse en prolapsus ; ces dernières sont faciles à diagnostiquer et à opérer. Quant à la seconde catégorie, où l'utérus est absent

ou fixé solidement dans sa position pelvienne, ne se laissant pas abaisser, le diagnostic précis et le traitement deviennent alors extrêmement épineux. Si l'utérus n'existe plus, il est nécessaire en vue du traitement de se rendre compte de la mobilité et de la souplesse des tissus vaginaux. Le toucher donne à ce sujet de précieux renseignements. Un autre moyen d'appréciation sera d'introduire une sonde dans la vessie et de soulever avec le bec de celle-ci, les régions fistuleuses. On verra ainsi si les perforations sont faciles à abaisser vers la vulve et le degré de souplesse ou de sclérose des tissus avoisinants.

CHAPITRE III

DES FORMES CLINIQUES

Nous venons de voir que Polosson divisait les fistules en deux catégories :

Celles dont l'utérus est abaissable ;

Celles dont l'utérus est absent ou ne se laisse pas abaisser.

Ces deux variétés seront toujours différenciées au début d'une intervention.

Une autre classification permet de considérer suivant leur cause :

Les fistules traumatiques ;

Les fistules radifères qu'il y ait primitivement ou non une néoplasie avant l'application de radium.

Il faudra également distinguer, quand il s'agira de restaurations morphologique et fonctionnelle, les fistules dont le cancer est à la base et celles qui se rencontrent pour une cause ou une autre chez des femmes indemnes de toute tare cancéreuse.

Nous ne décrirons pas les différentes formes cliniques classées d'après leur siège. Une seule catégorie est étudiée dans notre thèse : la fistule qui englobe tout le carrefour vésico-uréthro-sphinctérien,

associée à une perforation recto-vaginale sus-sphinctérienne. Ceci peut se voir, l'utérus existant ou absent, en dehors du néoplasme (tous les cas traumatiques) ou consécutivement au cancer, soit par traumatisme, soit par radium.

DEUXIÈME PARTIE

Le temps n'est pas encore bien éloigné où le traitement des fistules urinaires passait pour un des problèmes les plus scabreux de la grande chirurgie ; les chirurgiens de tous les pays se sont acharnés à trouver une solution et les progrès réalisés dans les trente ou quarante dernières années sont une belle acquisition de la chirurgie plastique et réparatrice.

CHAPITRE PREMIER

DE LA LIMITE D'OPÉRABILITÉ. DU MOMENT DE L'INTERVENTION

Le but à atteindre est particulièrement ardu, puisqu'il s'agit d'une reconstitution morphologique quand la chose est possible, et toujours d'une restauration fonctionnelle consistant à rendre continues ces malades.

Mais cependant, il ne faudrait pas croire que toute fistule doit être opérée et le plus vite possible. Quand la malade présentera des lésions néoplasiques en évolution qu'aucun traitement n'a pu enrayer, il serait ridicule de traiter les perforations coexistantes, la malade étant condamnée à bref délai. Il faut donc, pour faire œuvre utile, s'assurer que la tumeur primitive ne récidive pas et seconde raison dans quelques cas exceptionnels où entre en jeu le traumatisme, l'oblitération spontanée peut se produire.

Sur trente-deux cas de fistules urétérales, quinze fois Wertheim vit l'oblitération spontanée, et après un délai qui peut atteindre douze mois. Pour les fistules vésico-vaginales, uréthro-vaginales et recto-vaginales, le délai se trouve beaucoup plus réduit ;

elles se ferment en général après deux à trois semaines, au plus tard après un mois et demi.

Mais cependant, deux mois et demi sont insuffisants pour mettre à l'abri des chances de récurrence, et par suite il est bon de poser en principe avec MM. Lecène-Leriche, Viollet et Murard qu'aucune intervention ne sera tentée avant six mois. Dans son livre sur l'hystérectomie élargie pour cancer du col utérin, Wertheim conseille la patience pour opérer les fistules consécutives et n'accorde que quatre mois de délai. Le seul danger que courent ces malades est en effet la pyélonéphrite ; mais celle-ci ne survient pas très rapidement et on ne peut que gagner à attendre : la malade reprend des forces et les chances de récidives diminuent.

Pour les cas où le traumatisme est seul en jeu, et où le cancer n'a jamais existé, ce délai de six mois peut être raccourci ; et le moment favorable de l'intervention se présentera au bout de quelques mois lorsque le vagin, le rectum, la vessie et l'urèthre seront indemnes de toute ulcération, de toute suppuration et bien cicatrisés

CHAPITRE II

DES DIVERS PROCÉDÉS

Après ce délai écoulé, si les fistules persistent, si le bassin est indemne de noyaux douteux, si les tissus sont cicatrisés, il reste à choisir le procédé de cure radicale.

Le but principal à atteindre est la restauration fonctionnelle, pour plus de précision, le rétablissement de la continence des urines et des matières et si possible la reconstitution morphologique.

Les procédés sont évidemment multiples et chacun résout cette question d'opportunité selon ses tendances et ses habitudes.

Nous pouvons classer les différentes méthodes en trois catégories :

- A) Les méthodes de restauration morphologique ;
- B) Les méthodes de restauration fonctionnelle ;
- C) Les méthodes de dérivation urinaire.

Tous ces procédés s'adressent aux pertes de substance larges uréthro-vésico-sphinctériennes. La perforation recto-vaginale doit être supprimée au préalable dans sa fonction par une dérivation gauche ou droite des matières fécales, et sera laissée telle tant que le résultat urinaire fonctionnel ne sera pas

obtenu. Ce n'est que lorsque la miction sera possible qu'on pourra en deux temps successifs faire la cure radicale de la perforation recto-vaginale et de l'anus contre nature par un des procédés habituels.

A) Les procédés de restauration morphologique.

— Les plus satisfaisants, ils ont toujours tenté les chirurgiens ; en effet il est bien préférable de rétablir le circuit urinaire et de donner conséquemment la continence. On peut arriver à pareil résultat :

a) En reconstituant le canal uréthro-vésical à son emplacement normal ;

b) En créant un nouveau trajet sous-pubien après fermeture vaginale de la fistule du carrefour vésico-sphinctérien.

a) Dans le premier cas, on rétablit la cloison uréthro-vaginale en continuité avec la cloison vésico-vaginale. Cette catégorie comprend plusieurs variantes :

1° L'avivement et suture (Schroöder) ; l'absence presque totale d'urèthre et la large perforation vésico-vaginale qui le continue empêchent toute tentative de ce genre ;

2° Les autoplasties au moyen de lambeaux pris sur la cloison vésico-vaginale sont impossibles, le cul-de-sac vaginal antérieur étant inexistant et la fistule le touchant ;

3° Il ne fallait pas songer à se servir du côlon du corps utérin déjà enlevé ;

4° On pouvait songer davantage aux autoplasties

avec 2 lambeaux en volet pris de chaque côté de la gouttière uréthro-vésicale, sur le vagin, la vulve et les petites lèvres. Le principe est le même dans les différents cas et l'opération nécessite presque toujours deux temps : d'une part la reconstitution du canal, d'autre part le raccordement du nouveau canal à la vessie au niveau de la perforation. Mais la malade sera toujours incontinente et au lieu de perdre ses urines dans le vagin, la femme les perdra à la vulve. Nous verrons par la suite les moyens que les Allemands utilisent pour donner en pareil cas la continence. Un semblable procédé n'était guère applicable dans notre cas, vagin rétréci, sclérosé, perforation vésicale large, tissus irradiés se cicatrisant difficilement, malade au surplus très affaiblie.

b) Certains chirurgiens, au lieu de donner à l'urèthre l'emplacement normal, ont cherché la solution dans un ordre d'idée autre. Ils obturent la perforation vésico-vaginale et donnent à un nouvel urèthre, une situation artificielle par tunnellisation des tissus rétro et sous-pubiens ; on peut obtenir ainsi la continence grâce à l'étroitesse et à la longueur de ce trajet, peut-être aussi grâce à la présence d'éléments musculaires existant dans la région tunnellisée.

Les seules observations se rapportant à cette technique sont celles de Frœlich de Nancy (1897), de Mac Arthur et de Marion (1922).

B) Le seul procédé de restauration fonctionnelle applicable au cas étudié dans notre thèse est la

myoplastie péri-cervico-vésicale, dont la vogue en Allemagne est grande. Après création d'un canal en continuité avec le pourtour de la perforation vésicale, on utilise pour faire une sorte de sphincter artificiel des lambeaux musculaires prélevés sur le pyramidal, le grand droit de l'abdomen, sur le releveur de l'anus ou le grand fessier. L'idée première revient à Gœbell et la technique fut ensuite modifiée par Stœckel. C'est l'opération de Gœbell-Stœckel.

Un nouveau procédé est celui que M. le Professeur Marion vient d'imaginer il y a deux ans. Il consiste à fermer la vessie complètement par le vagin par trois sutures en bourse étagées après décollement vésico-vaginal, en la drainant par une cystostomie sus-pubienne ; puis dans un deuxième temps opératoire, à remplacer l'urèthre par un greffon tubulé de muqueuse vaginale que l'on place dans une tunnellisation sous-pubienne exécutée au trocart spécial dont se sert M. le Professeur Marion.

Il nous reste à voir quelle est la voie la plus avantageuse pour fermer la large perforation vésicale. Pour fermer une fistule, il faut l'atteindre, bien l'exposer, l'aviver en réséquant les bords cicatriciels de l'orifice, enfin mobiliser les tissus pour permettre le rapprochement des lèvres de la plaie et leur suture.

Diverses voies. — 1^o La voie basse, vaginale ; 2^o la voie haute, abdominale :

- a) La voie transpéritonéo-vésicale de Legueu ;
- b) La voie transvésicale de Marion .

La voie vaginale combattue au cours des vingt dernières années conserve pourtant un sérieux avantage. Elle n'a aucune espèce de gravité. Le seul inconvénient est d'échouer quelquefois. Aussi, J.-L. Faure conseille-t-il d'abord la cure par voie basse. On y arrive comme nous l'avons déjà vu, soit par avivement simple (tissu souple et petite fistule), soit par dédoublement de la cloison vésico-vaginale. Lorsque l'utérus et son col sont absents, on rencontre, par cette voie, de sérieuses difficultés : il faudra travailler au fond d'un puits, car la région fistuleuse n'est pas extériorisable, ni abaissable, et la suture directe deviendra au moins très difficile. Elle reste surtout applicable à un orifice peu élevé et petit.

Reste une autre voie : la voie hypogastrique, soit par la voie transpéritonéo-vésicale de Legueu, soit par la voie transvésicale de Marion. Elles ne sont faites que pour les fistules hautes et larges inabordables par un vagin rétréci et peu dilatable. Ce sont des procédés qui jouissent de la faveur actuelle, mais on opère malgré tout à une grande profondeur, sur une zone impossible à extérioriser ; de plus, ils présentent les dangers habituels des grandes opérations abdominales ;

c) La multiplicité des procédés que nous venons de passer en revue prouve assez la difficulté qu'il y a à refaire un carrefour uréthro-vésico-sphinctérien.

Aussi de tout temps on a envisagé des opérations palliatives de dérivation urinaire pour remédier à cette terrible infirmité que devient l'incontinence d'urine permanente.

En 1909, Albarran dans son *Traité d'Urologie* reconnaît qu'il y a des cas de fistules urinaires dont la fermeture est impossible, par les moyens habituels ; ce sont ces cas qui bénéficieront du colpo-cléisis et de la dérivation rectale des urines en cas d'absence du carrefour sphinctérien.

Nous ne parlerons pas de l'urétérostomie cutanée ou intestinale, de la cystostomie sous-pubienne, qui n'ont qu'un intérêt historique.

CHAPITRE III

LES INDICATIONS RESPECTIVES DE CES PROCÉDÉS

De l'étude des différents procédés, nous retiendrons qu'ils ne sont pas indifféremment applicables au même cas, et à tous les cas de fistules urinaires.

Le procédé de Marion, qui est l'expression la plus parfaite de reconstitution avec nouvel urèthre, est surtout applicable aux fistules urinaires survenant chez des femmes jeunes après traumatisme obstétrical surtout. Il a l'avantage de conserver le vagin.

Le colpocléisis trouvera ses indications après l'échec de tous les autres procédés appliqués aux fistules urinaires traumatiques, et surtout dans les cas où une néoplasie est à la base, soit que la perforation soit traumatique (opératoire) ou radifère.

Nous lisons dans Lecène et Leriche : « Un cas de fistule vésico-vaginale assez particulier, c'est celui où la fistule est consécutive à une opération pour cancer du col utérin, ou à une application de radium. L'opération pourra être faite parfois par le procédé transpéritonéal de Legueu. Mais si le fond du vagin est cicatriciel et d'accès malaisé, on pourra à l'exemple de Pollosson faire simplement un colpo-

cléisis partiel. Ce procédé a le mérite d'être simple et toujours applicable ; il me semble que c'est le meilleur pour traiter les fistules vésicales ou urétéro-vésicales après hystérectomie pour cancer où nécrose étendue après application de radium.

TROISIÈME PARTIE

La fistulisation recto-vaginale après fermeture du vagin a été pratiquée la première fois par Jobert de Lamballe et Rose. L'une des deux malades mourut de pyélonéphrite ascendante ; chez l'autre on fut obligé de rouvrir le vagin à cause des accidents occasionnés par la stagnation de l'urine et des matières.

C'est pour parer à de pareilles éventualités que nous avons voulu dériver le contenu intestinal ; une seconde raison était l'impossibilité d'intervenir sur la vessie tant que les matières fécales auraient libre accès dans le vagin. Toute suture exécutée dans pareille condition paraissait vouée à un insuccès certain. Notre préférence fut pour l'anse sigmoïde voulant délibérément créer un anus permanent sphinctérien si possible.

PREMIER TEMPS : *Création d'un anus sigmoïdien.*— Nous voulions un anus continent et exclusif, c'est-à-dire provoquant la dérivation complète des matières. Nous préférâmes la méthode de Jeannel dont la technique est simple et rapide.

Anesthésie locale traçante à la néocaïne-surrénine.

Incision de la peau en  au niveau de la fosse iliaque gauche, incision suivant la ligne de Mac Burney. Le petit lambeau cutané moyen a comme dimensions trois centimètres de longueur sur deux centimètres de largeur. Nous le disséquons et nous le rabattons en dehors en conservant sur sa face profonde un centimètre de tissu cellulograisieux afin de lui assurer une bonne nutrition. L'aponévrose du grand oblique est incisée dans le sens de ses fibres sur six à sept centimètres. Puis nous dissocions transversalement les fibres du petit oblique et du transverse. Nous ouvrons le péritoine dans le sens transversal ; avec une pince en cœur, nous allons à la recherche de l'anse sigmoïde ; son extériorisation est très facile. Aucune trace de lésion néoplasique. Puis nous exerçons des tractions sur le bout supérieur de l'intestin aussi longtemps qu'il veut se laisser amener. A ce niveau nous perforons en ménageant les arcades vasculaires, le bord intestinal du méso avec une pince de Terrier, en allant de dedans en dehors et nous saisissons avec cette pince le lambeau cutané et nous l'attirons à travers la brèche méso-colique, puis nous suturons le bord du lambeau par quelques points séparés au bord opposé de la plaie. Pas de suture sur l'intestin, ni sur les diverses couches de la paroi abdominale.

Le quatrième jour, du ballonnement intestinal étant apparu, une ponction avec la fine pointe du thermo pratiquée sur l'anus extériorisé, donna libre cours aux gaz intestinaux et soulagea la malade.

Le septième jour, nous sectionnâmes complètement l'intestin et vers le vingtième jour, la cicatrisation intestino-cutanée était parfaite. Actuellement la malade présente dans la fosse iliaque gauche deux orifices dont la muqueuse est bordée par la peau avoisinante, et séparés par un pont de peau.

DEUXIÈME TEMPS. — Le deuxième temps comporte trois parties :

A) Les soins pré-opératoires ;

B) L'opération proprement dite : le cloisonnement vaginal ;

C) Les soins post-opératoires.

Le résultat heureux dépend surtout des soins pré et post-opératoires, l'intervention étant en général par elle-même facile.

A) *Soins pré-opératoires.* — Nous avons étudié précédemment le moment favorable de l'intervention.

Ces malades présentent toujours de l'infection vésicale et vaginale. L'urine chargée de matières fécales baignant jusqu'alors ces régions a provoqué comme nous l'avons relaté dans la symptomatologie de véritables ulcérations. Les dimensions des fistules ne permettent pas la mise en place dans la vessie d'une sonde de Pezzer. Les urines ont d'autant plus de tendance à irriter et incruster les tissus qu'elles sont plus alcalines, c'est l'alcalinité urinaire qui favorise en effet la précipitation des phosphates alcalins ammoniaco-magnésiens ; aussi y a-t-il

intérêt à acidifier artificiellement les urines par des médicaments comme l'acide phosphorique, l'acide benzoïque, l'urotropine, qui ont, en outre, l'avantage d'être des antiseptiques urinaires. L'acide benzoïque peut être administré en cachets de 0 gr. 50 à raison de deux cachets par jour ; l'acide phosphorique peut être administré à la dose de L ou C gouttes par jour (de préférence dans une boisson acidulée comme la citronnade).

La désinfection du vagin et de la vessie sera surveillée de près et réalisée surtout par des injections bi-quotidiennes au permanganate de préférence. La vulve sera poudrée et rasée. Ces précautions indispensables seront scrupuleusement poursuivies pendant au moins un mois. Certains auteurs conseillent de vaseliner chaque jour le vagin pour le soustraire à l'action de l'urine et l'assouplir. Rien ne sera tenté avant que les tissus n'aient repris leur aspect, leur coloration et leur souplesse de l'état normal et il est bon de renouveler, à intervalles réguliers, des examens de contrôle à l'aide du spéculum ou de valves.

Dans les jours précédant l'opération, le bout intestinal inférieur sera lavé au bock. Une purgation nettoiera le bout supérieur et quelques pilules d'extrait thébaïque constiperont la malade pendant trois à quatre jours.

B) *Intervention. Colpocléisis.* — Anesthésie soit à l'éther, soit à la rachi (stovaïne 0 gr. 04).

Nous plaçons la malade en position gynécologique et en léger Trendelenburg de façon que la vulve soit surélevée et à la hauteur de l'opérateur.

Un gros drain est introduit par l'anus dans le rectum, puis à travers la perforation recto-vaginale, de façon que le bord inférieur de l'orifice latéral du drain, affleure le plancher recto vaginal. Ce drain est fixé à l'anus par deux crins et doit assurer (point capital) la vidange complète et permanente de la nouvelle vessie pendant la cicatrisation.

Après savonnage de la vulve rasée, on achève la toilette en imprégnant d'alcool iodé la vulve et le vagin; l'alcool iodé employé doit être très dilué afin que la coloration noire que prend la muqueuse avec l'iode ne gêne en rien.

L'instrumentation comprend :

Un jeu de valves vaginales longues et courtes, un spéculum de vierge, un écarteur d'Abadie, deux bistouris, deux pinces à disséquer à griffes longues, une pince à disséquer longue sans griffe, quelques pinces de Terrier, plusieurs pinces fenêtrées triangulaires intestinales, aussi peu traumatisantes que possible, ne dérapant pas, ciseaux courbes longs, aiguilles à mains courbes à chas à ressort à forte courbure.

L'opérateur se place à gauche de la malade, un aide à droite est nécessaire et sera chargé de tenir les valves et les pinces.

L'écarteur d'Abadie est mis en place entre les petites lèvres, une valve vaginale est placée dans le

vagin pour déprimer sa paroi postérieure et expose largement la région uréthro-vésicale. Ceci donne suffisamment de jour, et le débridement vaginovulvaire latéral parfois nécessaire peut être ainsi évité chez notre malade.

On incise circulairement la paroi vaginale antérieure à deux centimètres de la perforation vésicovaginale ; de même en déplaçant la valve, sur la cloison recto-vaginale. Latéralement, on relie les extrémités de ces deux incisions.

Dans un second temps, on dissèque de bas en haut sur une étendue de un centimètre à un centimètre et demi en avant, 2 centimètres en arrière de façon à former un anneau muqueux ; on exécute la même chose pour la lèvre inférieure en dédoublant une colerette de haut en bas sur une hauteur de deux centimètres.

Nous avons de la sorte deux lambeaux circulaires s'affrontant réciproquement. L'anneau supérieur est fermé au catgut chromé n° 0 par points séparés non perforants exécutés à la Lambert de façon à affronter deux larges surfaces cruentées et non deux bords. On ferme ensuite l'anneau inférieur aux crins de Florence par points séparés. L'espace intermédiaire (espace mort) est détruit autant que possible par deux points larges au catgut passés avant de serrer les crins.

Nous avons donc ainsi créé une cavité constituée par la vessie primitive dont la paroi inférieure est le cloisonnement du vagin, communiquant avec une

deuxième cavité, l'ampoule rectale, par la large perforation recto-vaginale. Ce réservoir en sablier contiendra les urines qui seront maintenues sous tension par le sphincter anal. Quand cette tension sera suffisante pour vaincre la résistance du sphincter anal, il y aura miction.

C) *Soins post-opératoires.* — A la fin de l'intervention, la malade est remise dans le décubitus dorsal et nous constatons que le drain laisse écouler quelques centimètres cubes d'urine.

Chaque jour et à plusieurs reprises, avec une seringue, on vérifie la perméabilité du drain. Nous le laissons quinze jours s'il ne s'obstrue pas, puis le changeons pour en remettre un nouveau. Ceci est important, nous pensons qu'il ne faut le supprimer qu'après un mois afin que la cicatrice vaginale soit bonne et solide.

Au 12^e jour, les crins sont enlevés et la marche et le lever ne sont autorisés qu'au bout d'un mois.

Les premières semaines qui suivirent la suppression du drain, la malade éprouva du ténesme, la miction était impérieuse ; et elle avait une certaine difficulté pour résister au besoin d'urine. Ceci ne fut qu'une question d'éducation du sphincter rectal et rapidement la malade arriva à contenir les urines pendant trois à quatre heures consécutives.

Nous n'avons pas encore parlé de l'orifice inférieur de l'anus contre nature. Nous avons pensé que l'urine pourrait sortir par cet orifice et nous

pensions être obligé par suite de l'oblitérer. Nous eûmes l'agréable surprise de constater que l'urine chez notre malade ne franchissait pas cette porte, même la nuit dans la position couchée. Ceci s'explique assez, en ce sens que le rectum n'est pas doué de mouvement antipéristaltique et que l'urine par son poids peut vaincre la résistance du sphincter anal.

Toutefois, s'il y avait incontinence d'urine par cet orifice, il faudrait l'oblitérer, soit par voie abdominale, en laissant le moins possible de rectum pour que la vessie nouvelle soit moins diverticulaire, ce qui constitue une opération assez grave et que l'on ne fera qu'après échec de l'oblitération par voie extra-péritonéale.

QUATRIÈME PARTIE

OBSERVATION. RÉSULTATS

Mme R..., 30 ans, entre à l'hôpital de Mostaganem le 13 avril 1930 parcequ'elle perd ses urines en totalité ainsi que ses matières par le vagin, soit debout, soit couchée, et depuis neuf mois, c'est-à-dire depuis une seconde application vaginale de radium faite à cette époque par son chirurgien.

Ce même chirurgien l'avait opérée dix mois auparavant pour un cancer du col utérin (?). Il nous a été impossible d'avoir des renseignements précis sur les données du diagnostic, sur la fiche opératoire et sur la dose du radium. Ce que nous allons relater au sujet du traitement néoplasique n'est que la suite des faits chronologiques racontés à nous par la malade et son entourage. Notre examen nous permet de constater qu'une hystérectomie totale large sans Mikulicz avait été pratiquée ; les culs-de-sac vaginaux étaient très peu profonds ; et ceci confirmait les dires de la malade : « on lui avait tout enlevé ». Quinze jours après l'intervention elle nous affirme qu'une première application vaginale de

radium fut jugée nécessaire quatre tubes pendant quatre jours), pour permettre à l'œuvre du bistouri. Cette jeune femme regagna ensuite son village et sa famille, heureuse et pensant bien être définitivement guérie ; elle put ainsi vaquer à ses occupations pendant deux mois. Pour se tranquilliser et se conformer au desir exprimé par le chirurgien elle revint se montrer à la famille, qui l'accompagnait, persuadée de l'efficacité curative, ce même chirurgien affirmant la nécessité et la nécessité urgente d'une seconde application de radium, analogue à la première. La malade accepta et au bout de six jours elle quitta la clinique moins satisfaite que la première fois, car elle présentait une température élevée oscillant entre 38° et 40°. Des vomissements qui durèrent un mois, de la rectie et des pertes vaginales sanguines et abondantes. Arrivée chez elle, elle dut s'allier et pour ne plus se relever, tellement ces symptômes persistants étaient pénibles et ses forces épuisées. Une hémorragie vaginale abondante apparut au bout de huit jours ; la malade, sur les conseils de son médecin, prit des injections vaginales très chaudes et des hémostatiques. Cette hémorragie cessa au deuxième jour et fit place à un écoulement jaune citrin ; la malade se sentit continuellement mouillée ; elle avait ses urines. Dans les jours suivants, nouvelle petite hémorragie et alors apparurent dans le vagin des masses folides.

Des douleurs violentes survenaient à chaque déjection. Elle revint voir son chirurgien qui affirma

une fois de plus l'échec de toute thérapeutique et annonça pour un bref délai l'échéance fatale. De la backérine fut ordonnée et la morphine autorisée et conseillée afin d'adoucir les derniers jours de la malade. Cette médication fut continuée pendant huit mois ; chaque mois il fallut augmenter la dose de morphine pour donner un peu de repos à cette femme dont les souffrances, à son dire et à celui de son chirurgien, étaient intolérables ; car son vagin continuellement souillé présentait des excoriations profondes infectées et la vulve un érythème très pénible. Ceci dura huit mois, huit mois de lit, lit continuellement mouillé et sali malgré les soins méticuleux dont la famille et le mari entouraient la malade.

Nous la vîmes à ce moment avec son médecin habituel M. le Docteur Renaud. Nous fûmes très impressionné par l'état de maigreur des cuisses, des jambes et des bras : les muscles avaient fondu, alors qu'autrefois me dit-on elle était plutôt d'un embonpoint exagéré. Seul le facies était bon et conservé. A cette époque neuf centigrammes de morphine étaient réclamés par la malade pour obtenir quelque soulagement. Nous l'examinâmes attentivement et notre impression fut que tout ceci n'était pas cancéreux, qu'en tout cas, il n'y avait aucune récurrence locale, ni à distance. Ces fistules multiples nous semblèrent être les conséquences de brûlures profondes survenues au décours de la seconde application de radium. Le Docteur put convaincre la

malade à se faire hospitaliser à nouveau et ce pour complément d'examen, et si possible pour intervention réparatrice.

A vrai dire, à ce moment, nous nous demandions ce qu'il nous serait possible de faire pour soulager, dans un cas si complexe et chez une femme si affaiblie.

Quelques jours plus tard, elle entra à l'hôpital.

La désinfection du vagin fut immédiatement commencée par des injections bi-quotidiennes de permanganate. L'acide benzoïque lui fut donné. La vulve et le vagin furent vaselinés chaque jour. Dans les jours suivants, nous pratiquâmes un examen complet afin de prendre une décision. Le toucher vaginal et l'examen visuel et instrumental au spéculum de vierge nous permirent de constater :

Un vagin peu profond dont le fond est cicatriciel.

En arrière sur la paroi recto-vaginale à un travers de doigt du dôme vaginal et à deux travers de doigt du sphincter anal un orifice circulaire de la grandeur intermédiaire entre la pièce de deux francs et la pièce de cinq francs, à bords arrondis et taillés à pic, laissant passer des scyballes, la malade étant toujours constipée.

En avant :

a) La disparition presque complète de l'urèthre, dont il ne reste de la paroi postérieure qu'un lambeau d'un centimètre de long adhérent latéralement aux bords de l'urèthre et en bas au niveau de l'ancien méat dans le vestibule vaginal.

b) Au niveau du carrefour uréthro-vésico-sphinctérien une vaste perte de substance plus ou moins arrondie, plus grande qu'une pièce de cinq francs, dont la demi-circonférence supérieure est à peine à un centimètre du dôme vaginal. Sur un fond rougeâtre congestionné, on aperçoit les orifices urétéraux et de temps à autre la goutte d'urine qui en jaillit. Les deux fistules se correspondent dans le plan antéro-postérieur.

Le vagin présente des ulcérations douloureuses spontanément et à la pression, elles saignent au moindre contact. On voit de-ci de-là sur les parois vaginales tranchant sur leur coloration rouge due à la vaginite, des traînées blanchâtres de tissu cicatriciel causées par le radium et les brûlures. Au doigt les tissus paraissent durs et peu mobilisables. Toutes ces explorations occasionnent de pénibles douleurs à notre malade.

Nous nous trouvons donc en face d'un vaste cloaque d'où sort du pus, mêlé aux urines et aux matières et ceci chez une femme dont la résistance physique est très diminuée.

Première intervention, 25 avril 1930.

Nous décidons alors de pratiquer un anus sigmoïdien permanent, dont la technique a été décrite tout au long dans le chapitre précédent. Les douleurs qu'accusait la malade surtout au moment de la défécation disparurent. La morphine fut diminuée progressivement à 2 centigr. par jour ; l'appétit augmenta et le moral, bien bas, devint un peu meilleur.

leur. Cinq jours après l'opération, crise de paludisme qu'on traita par la quinine en injection intramusculaire. Le 4^e jour, ballonnement abdominal; nous fûmes obligé de ponctionner l'intestin extériorisé au thermo. Le 7^e jour l'intestin était sectionné. Les premières semaines les matières s'écoulaient continuellement par l'anus. Peu à peu la malade moula ses selles et à la fin du mois, elle sentait le besoin d'aller à la selle, et ne faisait qu'une selle journalière.

Grâce à cet anus, aux injections vaginales, au vaselinage, les tissus vaginaux avaient repris un peu de leur aspect, de leur coloration et de leur souplesse de l'état normal; et la seconde intervention devint alors possible.

Colpocléisis élevé, 22 mai.

Anesthésie à l'éther.

Le 5^e jour, brusquement la malade éprouva un besoin impérieux d'uriner et ne put le vaincre. Le drain (sonde de Malécot) ne donnait plus, et tout à coup elle ressentit une douleur vulvaire assez violente et sentit sa vulve mouillée. On m'appela et je constatai que les sutures avaient complètement lâché. La conclusion que nous dûmes tirer est d'assurer la dérivation totale et permanente des urines, et pour ce, se servir d'une sonde gros calibre qui s'obstruera moins rapidement qu'une sonde de Malécot avec l'abondant précipité phosphatique qui se fait dans ces vessies infectées.

Les soins pré-opératoires furent continués et

quand les plaies opératoires furent cicatrisées, un mois après, on tenta une troisième intervention analogue à la seconde (1^{er} juillet), d'ailleurs plus heureuse, car le succès couronna la bonne volonté et le courage de la malade et nos efforts.

Le 1^{er} août, la sonde fut enlevée, et la malade put repartir chez elle, urinant toutes les trois heures environ, moulant ses selles, sentant le moment de la défécation. Dans l'urine examinée, on trouva de l'albumine et l'absence de pus.

Quand nous avons renvoyé la malade dans son foyer, elle commençait à rééduquer sa marche, ses jambes amaigries ne la portaient que péniblement, et elle hésitait à faire quelques pas même soutenue par une canne. Depuis nous avons appris qu'elle peut vaquer à son ménage et se montre satisfaite de son nouvel anus et de sa nouvelle vessie.

CONCLUSIONS

I. Nous devons distinguer au point de vue thérapeutique deux grandes variétés de fistules uréthro-vésico-recto-vaginales suivant leur nature:

a) Celles qui surviennent au cours du traitement d'une néoplasie utérine;

b) Celles dont la cause initiale est le traumatisme sans participation cancéreuse.

II. A cette dernière variété, les restaurations fonctionnelle et morphologique peuvent être plus facilement acquises. Le nouveau procédé proposé par M. le Professeur Marion et décrit dans la thèse de Pérard nous convient davantage et nous faisons nôtres ses conclusions.

III. La conduite à tenir est la suivante :

a) Anus temporaire soit cæcal, soit iliaque ;

b) Après cystostomie sus-pubienne de dérivation, fermeture de la vessie par voie vaginale en bourse par trois à quatre plans de sutures étagées;

c) Mise en place dans un trajet de tunnellisation sous-pubien d'un greffon tubulé de muqueuse vaginale, cylindre creux formant le nouveau canal et

dont on laisse dépasser un peu l'extrémité supérieure dans la vessie ;

d) Fermeture de la perforation recto-vaginale par un des procédés habituels ;

e) Cure radicale d'un anus temporaire.

Ce procédé nouveau est supérieur à tous les autres puisqu'il a donné de bons résultats anatomiques et fonctionnels dans les quelques cas où il a été tenté, et se recommande chez les femmes jeunes, présentant d'aussi larges délabrements, dus seulement au traumatisme.

IV. Pour les mutilations qui ont à la base une étiologie cancéreuse, ou sont la conséquence de brûlures radifères, le procédé de restauration fonctionnelle qui nous paraît le plus simple à exécuter et souvent le seul exécutable, le moins choquant à réaliser chez des femmes déjà affaiblies par leurs lésions et le traitement antérieur, est d'utiliser le sphincter anal pour assurer la continence des urines en cloisonnant le plus haut possible le vagin et en utilisant la perforation recto-vaginale large ou élargie comme orifice.

V. Bien entendu, il faut au préalable détourner les matières fécales et cela par un anus iliaque continent et exclusif afin d'éviter la pyélonéphrite ascendante qui avait emporté la malade de Jobert de Lamballe.

VI. Nous devons laisser écouler un long temps

après la curiethérapie ou le Wertheim pour intervenir sur l'arbre vagino-urinaire.

VII. Nous devons avoir des fistules vésico-recto-vaginales larges ou élargies, faire un colpocléisis partiel et élevé autant que faire se peut de manière qu'il n'y ait pas stagnation d'urines, et à n'être pas exposé aux infections diverticulaires et à la formation des calculs.

VIII. Nous nous souviendrons de ce procédé de fortune dans tous les cas où notre malade aura une résistance physique déficiente (anciennes cancéreuses guéries ou brûlées par le radium) et dans les quelques cas traumatiques où toute autre tentative de restauration aurait échoué.

Vu : le Président de la thèse,

LENORMANT.

Vu : le Doyen,

BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1905. *Albarran*. — Méd. op. des voies urinaires.
1906. *Cottard*. — Traitement op. de l'incontinence d'urine chez la femme. Thèse de Paris.
1891. *Frælich*. — Destruction totale de l'urèthre chez la femme. Thèse de Nancy.
1903. *Guyon*. — Leçons cliniques.
1849. *Jobert de Lamballe*. — Traité de chirurgie plastique.
- Legueu*. — Traité d'urologie.
- Marion*. — Traité d'urologie.
1927. *Richer*. — Chirurgie du muscle vésical (*Journal d'Urologie*).
1912. *Violet et Murard*. — Lyon chirurgical.
1912. *Gayet*. — Lyon chirurgical.
1912. *Pollosson*. — Cure d'une fistule vésico-vaginale chez une femme de 80 ans (*Lyon chirurgical*).
- Lecène et Leriche*. — Traité de thérapeutique chirurgicale.
1926. *Pérard*. — De la réfection de l'urèthre. Thèse de Paris.
1929. *Dragonas*. — La musculature de la vessie et l'architecture du carrefour vésico-sphinctéro-urétéro-trigonal. Thèse de Paris.
1926. *Marie*. — Contribution à l'étude des fistules vésico-vaginales. Traitement par voie basse. Thèse de Paris.
1924. *Bac*. — Le traitement rationnel des fistules vésico-intestinales non néoplasiques. Thèse de Paris.
1924. *Viollet*. — Contribution à la cure des fistules vésico-vaginales. La voie transvésicale. Thèse de Paris.
- 1919-1920. *Ach*. — De la réfection du col vésical chez la femme. Thèse de Paris.
1911. *Gourvitch*. — La chirurgie vésicale des fistules vésico-vaginales. Thèse de Paris.
1898. *Tuffier et Dumont*. — Revue de gynécologie et chirurgie abdominale, p. 441.

1897. *Chavannay*. — Annales génito-urinaires, novembre.
1910-1911. *Ladet*. — Des plaies simultanées du rectum et de la vessie dans l'empalement. Thèse de Paris.
1922-1923. *Mazel*. — Fistules vésico-vaginales. Traitement par la voie sus-pubienne transvésicale. Thèse de Lyon.
Faure (J.-L.). — Gynécologie.
Massabuau et Forgue. — Traité de gynécologie.

BIBLIOGRAPHIE ÉTRANGÈRE

1863. *Baker-Brown*. — Destruction de l'urèthre et du col vésical ; guérison opératoire (*The Lancet*),
1924. *Eymer*. — Plastique aponévro-pyramidale (*Monat. für Geb. und Gyn.*, t. LXVII, nos 1-2).
1921. *Gray-Ward*. — Fistules uréthro-vésico-vaginales étendues (*Surgery Gyn. and Obst.*).

